

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji

Informacja dotycząca ubezpieczenia Bezpieczne Zdrowie Plus

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 4 art. 7 – str. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 2 art. 4 pkt 3, 4 – str. 4 art. 9 – str. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8001ST17

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną.

Szanowni Państwo,

w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień, które nie stanowią treści OWU, pełnią jedynie funkcję informacyjną.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej OWU) mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji zawartej pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej Umowy.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych OWU:

- Abonent mobilnej sieci Orange** – osoba fizyczna, która jest stroną zawartej z Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych i która korzysta z usług Operatora w mobilnej sieci Orange w celu niezwiązanym bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (konsument),
- Abonent stacjonarnej sieci Orange** – osoba fizyczna, która jest stroną zawartej z Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych i która korzysta z usług Operatora w stacjonarnej sieci Orange w celu niezwiązanym bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (konsument),
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień najbliższego okresu rozliczeniowego danego Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange, następujący po złożeniu ustnej zgody na zawarcie Umowy,
- data zawarcia Umowy** – pierwszy dzień następujący po doręczeniu Ubezpieczonemu Polisy i OWU, które są niezbędne do zawarcia Umowy,
- dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał hospitalizacji,



WYJAŚNIENIE: Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień przyjęcia do szpitala, niezależnie od tego, o której godzinie przyjęcie nastąpiło. Natomiast ostatnim dniem hospitalizacji jest dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli Ubezpieczony został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a został wypisany w czwartek o godzinie 10 w tym samym tygodniu, to hospitalizacja trwa 4 dni.

- dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz.U. z 1951 r. Nr 4, poz. 28 z późn. zm.) oraz dni wolnych od pracy ustanowionych przez Zarząd Operatora,
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrawiskowego,
- Infolinia MetLife** – telefoniczne centrum obsługi Klienta, odpowiedzialne za obsługę Umowy. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie Infolinii MetLife może być osoba trzecia działająca na zlecenie Towarzystwa,



WYJAŚNIENIE: W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących Umowy prosimy o kontakt z Infolinią MetLife pod numerem +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

10. **mobilna sieć Orange** – ruchoma publiczna sieć telekomunikacyjna wykorzystująca między innymi takie standardy jak GSM 900/1800 lub UMTS, obsługiwana przez *Operatora*,
11. **nieporęczalność** – utrata przez *Ubezpiezonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpiezonego*,
12. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpiezonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu Umowy.

13. **okres obowiązywania Umowy** – okres, na który *Umowa* zostaje zawarta lub przedłużona. Pierwszy okres obowiązywania *Umowy* trwa od *daty zawarcia Umowy* do ostatniego dnia *okresu rozliczeniowego* rozpoczynającego się po *dacie zawarcia Umowy*. Każdy kolejny *okres obowiązywania Umowy* odpowiada kolejnemu *okresowi rozliczeniowemu*,
14. **okres rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych,
15. **Operator** – Orange Polska Spółka Akcyjna z siedzibą i adresem w Warszawie (02-326) przy Al. Jerozolimskich 160, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000010681; REGON 012100784, NIP 526-02-50-995; z pokrytym w całości kapitałem zakładowym wynoszącym 3.937.072.437 złotych, działająca jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*,
16. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8001ST17,
17. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *szpitala*,
18. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
19. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *Towarzystwo* potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpiezonego*,
20. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub *chorobach*, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
21. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpiezonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
22. **składka** – kwota wskazana w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu *Umowy*,
23. **stacjonarna sieć Orange** – stacjonarna sieć telekomunikacyjna, w której zakończenia sieci mają stałą lokalizację,
24. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Polisie*, która określa zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
25. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,



WYJAŚNIENIE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

26. **śmierć wskutek NW** – śmierć *Ubezpiezonego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpiezonego* powstałe wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
27. **termin płatności składki** – termin zapłaty *składki* wskazany przez *Operatora* w treści rachunku telefonicznego za dany *okres rozliczeniowy*,



WYJAŚNIENIE: Składka uwzględniona jest na fakturze za świadczenie usług telekomunikacyjnych i powinna być opłacona wraz z fakturą. Ważne jest, aby opłacić ją w terminie wskazanym na rachunku telefonicznym.

28. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), przy ul. Przemysłowej 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru

Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000028131, NIP: 526-030-50-06, działająca na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUNZIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,

29. **Ubezpieczony** – *Abonent mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange* wskazany w *Polisie*, będący stroną zawartej z *Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę* i którego życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy*. Na potrzeby *Umowy Ubezpieczony* jest także Ubezpieczającym,
30. **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych** – umowa zawarta pomiędzy *Abonentem mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange* oraz *Operatorem*, na podstawie której *Abonent mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange* korzysta ze stałego dostępu do sieci telekomunikacyjnej *Operatora* oraz ze świadczonych przez niego usług telekomunikacyjnych w *mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange*,
31. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Polisa* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczonego* i *Towarzystwa* załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
32. **Uposażony** – osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń w pierwszej kolejności jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców oraz innych osób wymienionych powyżej świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczyliby po *Ubezpieczonym*,
33. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
34. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
35. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) **Pakiet Standard i Pakiet Komfort:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - hospitalizację *Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby*;
 - b) **Pakiet Premium:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - hospitalizację *Ubezpieczonego* wskutek *NW* oraz
 - śmierć *Ubezpieczonego* wskutek *NW*.
2. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*, świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu.
3. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby** (Pakiet Standard i Pakiet Komfort)
 - a) *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*, jeżeli *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* w następującym:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej niniejszymi *OWU* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się w *okresie obowiązywania Umowy*, przy czym nie wcześniej niż po 90 dniach od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie* i nie później niż przed końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia.

- b) Dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby* jest płatne od drugiego dnia *hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, za drugi i każdy kolejny dzień *hospitalizacji*.
- c) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *hospitalizacji* w następstwie *NW* rozpoczyna się od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
- d) W okresie pierwszych 90 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie* i po końcu *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*.
- e) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dienne świadczenie za pobyt w *szpitalu*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku trwania ochrony dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

4. **Dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW*** (Pakiet Premium)
 - a) Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały*.
 - b) Dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* jest płatne od drugiego dnia *hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, za drugi i każdy kolejny dzień *hospitalizacji*.
 - c) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *hospitalizacji* w następstwie *NW* rozpoczyna się od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
 - d) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku trwania ochrony dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

5. **Świadczenie na wypadek *śmierci Ubezpieczonego* wskutek *NW*** (Pakiet Premium)
W przypadku *śmierci Ubezpieczonego* wskutek *NW* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu.
6. Wysokości *sum ubezpieczenia* są wskazane w *Polisie*.
7. Wypłata świadczeń z tytułu powyższych *zdarzeń ubezpieczeniowych* nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Abonent wyraża zgodę na zawarcie Umowy oraz składa niezbędne oświadczenia podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Do zawarcia Umowy dochodzi następnego dnia po otrzymaniu przez Abonenta Polisy oraz niniejszych OWU, które są niezbędne do zawarcia Umowy. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po złożeniu ustnej zgody na zawarcie Umowy, pod warunkiem opłacenia składki.

1. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie *Umowy* mogą zostać objęci tylko ci *Abonenci mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange*, których miejsce zamieszkania jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i którzy w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) dla Pakietu Standard ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 40. roku życia,
 - b) dla Pakietu Komfort ukończyli 40. rok życia, a nie ukończyli 50. roku życia,
 - c) dla Pakietu Premium ukończyli 50. rok życia, a nie ukończyli 71. roku życia.
2. Zawarcie *Umowy* z naruszeniem punktu 1 powyżej jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* z wyjątkiem zwrotu otrzymanej *składki*.
3. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do podania prawdziwych informacji, o które *Towarzystwo* zapytywało przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową.
4. *Umowa* zostaje zawarta pierwszego dnia następującego po doręczeniu *Ubezpieczonemu Polisy* i *OWU*, które są niezbędne do zawarcia *Umowy*.

5. Ochrona ubezpieczeniowa dla danego *Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange* rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego *okresu rozliczeniowego* następującego po złożeniu ustnej zgody na zawarcie *Umowy*, pod warunkiem opłacenia *składki*, z uwzględnieniem ustępu 6 poniżej.
6. W przypadku, gdy okres pomiędzy dniem rozmowy telefonicznej a dniem rozpoczęcia najbliższego *okresu rozliczeniowego* jest krótszy niż *7 dni roboczych*, ochrona ubezpieczeniowa w ramach *Umowy* oraz odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się w pierwszym dniu następnego *okresu rozliczeniowego*.
7. *Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazana jest w *Polisie*.
8. *Umowa* zawierana jest na okres od *daty zawarcia Umowy* do ostatniego dnia *okresu rozliczeniowego* rozpoczynającego się po *dacie zawarcia Umowy* (pierwszy *okres obowiązywania Umowy*). Po pierwszym *okresie obowiązywania Umowy*, ulega ona przedłużeniu na kolejny *okres obowiązywania Umowy*, o ile w danym *okresie obowiązywania Umowy* *Ubezpieczony* opłacił *składkę* przed upływem okresu karencji (14-dniowa prolongata liczona od *terminu płatności składki*).
9. W przypadku przedłużenia *Umowy* wysokość *składki* i inne warunki *Umowy* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
10. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa* może być przedłużana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczonego* w terminie nie później niż 30 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną *składkę*.
11. Opłacenie przez *Ubezpieczonego* *składki* w wysokości zaferowanej przez *Towarzystwo* jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *Umowa* jest przedłużana. W przypadku niez zaakceptowania przez *Ubezpieczonego* zmienionych warunków *Umowy* nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem *okresu obowiązywania Umowy*, za który opłacono *składkę*.
12. *Towarzystwo* może nie wyrazić zgody na przedłużenie *Umowy* na kolejny *okres obowiązywania Umowy*. W takim przypadku *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczonego* w terminie nie później niż 14 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną *składkę*. Powiadomienie może nastąpić w formie elektronicznej na numer telefonu *Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange*.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. Wysokości *składki* i *sum ubezpieczenia* określone są w *Polisie*.
2. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Towarzystwa* i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.
3. *Składki* za każdy *okres rozliczeniowy* płatne są miesięcznie z góry.
4. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapłaty *składek* w wysokości określonej w *Polisie* do *terminu płatności składki*.
5. Datą opłacenia *składki* jest dzień przekazania *składki* *Operatorowi* przez *Ubezpieczonego*.
6. Pierwsza *składka* powinna zostać opłacona w *terminie płatności składki* za pierwszy *okres rozliczeniowy* rozpoczynający się po dniu rozmowy telefonicznej, w trakcie której *Ubezpieczony* wyraził wolę zawarcia *Umowy*. W przypadku, gdy rozmowa telefoniczna odbyła się w terminie krótszym niż *7 dni roboczych* przed rozpoczęciem najbliższego *okresu rozliczeniowego*, pierwsza *składka* powinna zostać opłacona w *terminie płatności składki* za drugi *okres rozliczeniowy* rozpoczynający się po dniu rozmowy telefonicznej.
7. *Ubezpieczonemu*, który nie opłacił *składki* w *terminie jej płatności*, przysługuje dodatkowa 14-dniowa prolongata terminu płatności (okres karencji), liczona od *terminu płatności składki*.
8. Nieopłacenie *składki* spowoduje wygaśnięcie *Umowy* i ochrony ubezpieczeniowej z upływem *okresu obowiązywania Umowy*, za który została zapłacona *składka*, o czym *Towarzystwo* powiadomi *Ubezpieczonego* co najmniej 14 dni przed datą wygaśnięcia ochrony. Powiadomienie może nastąpić w formie elektronicznej na numer telefonu *Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange*.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym wypadku.

1. Zawiadomienie o roszczeniu

- 1.1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,

- wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia;
- b) w przypadku *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* osoba uprawniona do świadczenia, oprócz dokumentów wymienionych powyżej, składa:
- odpis skrócony aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do świadczenia jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę;
- c) w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW* lub *choroby Ubezpieczonego* składa:
- wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy instytucji prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona (o ile przyczyną *hospitalizacji* był *nieszczęśliwy wypadek*),
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.



WYJAŚNIENIE: W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- **telefonicznie** – za pośrednictwem Infolinii MetLife – tel. +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.

Formularze dostępne są także na stronie internetowej Operatora i Towarzystwa.

- 1.2. Jeżeli *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej *zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest złożenie dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

2. Zgłoszenie roszczenia

W przypadku zgłoszenia roszczenia *Towarzystwo* przesyła zgłaszającemu roszczenie wyżej wymienione formularze, których wypełnienie pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia z tytułu *Umowy* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*. Formularze te są także dostępne na stronie internetowej *Towarzystwa*. Wypełnione formularze powinny zostać odesłane do *Towarzystwa* wraz z wszelkimi dokumentami wymaganymi przez *Towarzystwo*.

3. Wypłata świadczenia

3.1. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.

3.2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno spełnić w 30-dniowym terminie wskazanym powyżej.

3.3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadamia pisemnie osoby uprawnione o odmowie przyznania świadczenia, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych powyżej.

3.4. Świadczenie spełniane jest w formie jednorazowej wypłaty.

4. Dodatkowe informacje

4.1. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych.

- 4.2. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.

Artykuł 8. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Aby to uczynić, prosimy o podanie:

1. imienia i nazwiska Ubezpieczonego oraz jego nr. PESEL wraz z kopią dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy),
 2. nr. Polisy,
 3. nazwy Operatora (Orange),
 4. imion i nazwisk Uposażonych wraz z ich nr. PESEL, danymi kontaktowymi (adres, numer telefonu) oraz określeniem udziału procentowego.
- Pod oświadczeniem o wskazaniu Uposażonego musi podpisać się Ubezpieczony.

1. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego.
2. Uposażony może być wskazany przez Ubezpieczonego podczas rozmowy, w czasie której Ubezpieczony wyraził chęć zawarcia Umowy.
3. *Ubezpieczony* może także wskazać lub zmienić Uposażonych w dowolnym czasie poprzez złożenie do *Towarzystwa* formularza wskazania lub zmiany Uposażonych. Do formularza tego powinna zostać załączona kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego. Formularz zmiany lub wskazania Uposażonego należy wysłać na adres *Towarzystwa* wskazany w liście powitalnym lub podany za pośrednictwem Infolinii MetLife.
4. *Ubezpieczony*, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia, przyjmuje się, że wszystkie udziały w kwocie świadczenia są równe. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczonego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.

1. *Towarzystwo* odmówi spełnienia świadczenia z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek *NW* lub choroby powstałej w wyniku:
 - a) wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi OWU,
 - b) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - c) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - d) choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi OWU,
 - e) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz w wyniku kuracji wypoczynkowej lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową albo w wyniku rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,

- h) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także w wyniku przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia *ubezpieczeniowego*,
- i) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- j) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- k) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
- l) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu*, albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łydźi lub nart wodnych lub zawodach konnych.
2. Ponadto wypłata świadczeń z tytułu *hospitalizacji wskutek NNW* oraz *śmierci wskutek NNW* nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku zdarzeń określonych w punkcie 1 lit. f), h), i), j), k), l) powyżej, a także w wyniku:
- a) *choroby*, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
- b) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- c) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- d) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Artykuł 10. Odstąpienie od Umowy

- Ubezpieczony* ma prawo odstąpić od *Umowy* w terminie 30 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
- Oświadczenie o odstąpieniu składane jest *Towarzystwu* w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o odstąpieniu. Oświadczenie o odstąpieniu może być również złożone *Operatorowi* działającemu jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*.
- Oświadczenie o odstąpieniu w formie ustnej *Ubezpieczony* może złożyć za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
- Ubezpieczony* może odstąpić od *Umowy* również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego na adres podany w liście powitalnym. W przypadku pisemnego odstąpienia od *Umowy* termin na odstąpienie od *Umowy* uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie *Ubezpieczonego* o odstąpieniu zostało wysłane.
- Odstąpienie od *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem złożenia ustnego oświadczenia o odstąpieniu na *Infolinii MetLife*, w dniu wpływu pisemnego oświadczenia na adres podany w liście powitalnym lub z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu *Operatorowi*.
- W przypadku odstąpienia od *Umowy* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczonemu* zapłaconą składkę na rachunek *Ubezpieczonego* u *Operatora* na poczet zobowiązań *Ubezpieczonego* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, o ile *Ubezpieczony* nie złoży odmiennej dyspozycji. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot *składki* nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Umowy*.



WAŻNE: Oświadczenie o odstąpieniu lub rozwiązaniu *Umowy* najlepiej:

- przesłać (w formie pisemnej) na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
- złożyć (w formie ustnej) za pośrednictwem Infolinii MetLife: tel. +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Artykuł 11. Rozwiązanie Umowy

1. *Ubezpieczony* może wypowiedzieć *Umowę* w dowolnym momencie jej obowiązywania.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* składane jest *Towarzystwu* w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o rozwiązaniu. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* może być również złożone *Operatorowi* działającemu jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*.
3. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* w formie ustnej *Ubezpieczony* może złożyć za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
4. *Ubezpieczony* może rozwiązać *Umowę* również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego *Towarzystwu* na adres podany w liście powitalnym.
5. Rozwiązanie *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym oświadczenie o rozwiązaniu zostało złożone na *Infolinii MetLife*, wpłynęło na adres podany w liście powitalnym lub zostało złożone *Operatorowi*.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy

Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa lub nie ulega przedłużeniu w każdym z następujących przypadków:

- a) jeżeli *Ubezpieczony* zawarł *Umowę* jako *Abonent mobilnej sieci Orange* – z dniem rozwiązania *Umowy* o świadczenie usług telekomunikacyjnych w *mobilnej sieci Orange*,
- b) jeżeli *Ubezpieczony* zawarł *Umowę* jako *Abonent stacjonarnej sieci Orange* – z dniem rozwiązania *Umowy* o świadczenie usług telekomunikacyjnych w *stacjonarnej sieci Orange*,
- c) z powodu nieopłacenia *składki*, zgodnie z zapisami artykułu 6 punkt 8,
- d) z końcem *okresu rozliczeniowego* – po zgłoszeniu przez *Ubezpieczonego* rozwiązania *Umowy*, zgodnie z artykułem 11,
- e) z chwilą śmierci *Ubezpieczonego*,
- f) z końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 75. rok życia,
- g) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *Umowy* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*,
- h) z dniem odstąpienia od *Umowy* przez *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 10.

W przypadku punktów a), b) i g) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 13. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

Artykuł 14. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres: MetLife TUNiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem: +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w siedzibie *Towarzystwa*.
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. *Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 15. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie oświadczenia i korespondencję przekazane *Operatorowi* w formie pisemnej, w związku z *Umową* zawartą na podstawie niniejszych OWU, uznaje się za doręczone *Towarzystwu*.
4. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
5. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo publikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.

7. W relacjach z *Ubezpieczonym* zastosowanie ma język polski.
8. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ustęp 2 pkt 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Warszawa, 9 stycznia 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa